

かつ心理的に適切に解釈する能力。

2) 地域保健医療を理解し、保健医療に従事できる能力。

4. チーム医療における医師および他の医療メンバーと協調する習慣を身につける。

5. その他

1) すべての研修について、自己評価をなし、また評価を受ける習慣を身につけ、かつ評価をフィードバックし、研修を改善する態度を身につける。

2) 適切でかつ医療評価ができる診療録の作成と記録する能力を身につける。

資料7：全国医学部長病院長会議

全国医学部長病院長会議には、6つの委員が置かれている。すなわち、(1) 医学教育カリキュラム調査委員会、(2) 医学部（医科大学）あり方委員会、(3) 広報委員会、(4) 学生定員に関する委員会、(5) 国家試験に関する委員会、および(6) 保険制度に関する委員会である。

ここでは、(5) 国家試験に関する委員会報告のみを掲げる。

1. 国家試験に関する委員会の見解

昭和60年5月

昭和58年5月、医師国家試験制度改善委員会の意見が厚生大臣に答申され、その意見に則って、昭和60年度の医師国家試験（以下単に国試と略す）が実施されることになった。昭和60年度より、国試は年1回となり、問題のプール制が採用され、出題基準の改訂が行なわれるなど、今や国試はひとつの転換期を迎えたと言ってよい。既に昭和60年4月6日および7日の2日間にわたって第79回の国試が実施されたが、今回の国試は、まさに国試の歴史的変革とでも言うべきものである。今後、この第79回国試の問題を中心に充分討議し、さらにより良き国試を実施するよう関係者の努力を要請したい。

本委員会は、厚生省が国試の改善に向けて努力されていることを充分に評価しながらも、主として昭和59年度の春（第77回）および秋（第78回）の国試問題を中心に論議をすすめてきた。その結果、次のような見解に到達したので、ここに答申する次第である。

1. 国試の目的

国試は、医科大学における卒前教育と、卒後の継続教育との間に位置づけられる性質のものであり、医師の生涯教育の一環としてとらえるべきものである。

この国試は、医療に対する社会一般の要請に応え得る医師育成のための資格認定試験であり、絶対に選抜試験であってはならない。いやしくも医師数抑制のための手段として国試を利用するようなことがあってはならな

い。医師数の抑制については、既に厚生省において検討がすすめられているように、国家的レベルにおいて、全く別の見地から行なわれるべきであることを強調しておきたい。

本来、文部省の認定した医科大学の卒業生に対して再度医師資格試験としての国試を行なうことは不要な筈である。しかし、試験問題の適否は別として、不合格者が決して少なくないという現状からみて、国試の存在を肯定することは止むを得ないと思う。

国試は、医師国家試験制度改善委員会の提言にあるとおり、現在における医科大学の卒前教育の目標と内容を十分に配慮しながら、卒業直後に指導医の下で医療の第一歩を踏み出すに足る基本的知識および医師としての基本的技能を評価するのが目的である。いたずらに専門的すぎることにならないよう、充分な配慮が望まれる。この点については国試問題の作成に当り、今後とも是非堅持して頂きたい基本事項である。

2. 昭和59年度の国試問題について

昭和59年度に実施された第77回および第78回国試問題について討議した結果、次の見解を得た。

1) 全般的には適当な問題といえる。

2) 以前に比較して、難問・奇問がなくなったといえてよい。

3) 正解の選択肢が必ずしも一つでなく、二つである可能性のある問題が散見される。

4) 現在、なお評価が決まっていない内容を含む問題は適当でない。

5) 日頃よく勉強している者にとっては、かえって難問であり、勉強していない者の方が、むしろ解き易い問題があった。

6) 正解を見出しにくい問題があった。

7) 出題基準に掲載されていないで、一部の教科書にのみ解説が掲載されている問題が認められた。

8) 想起問題が多く、問題解決能力をみる問題が少ない。

9) 公衆衛生学では、あまり細かな領域について設問をつくることは避けた方がよい。とくに、「法規」に関する問題、「通達」に関するような問題については、特別な配慮を要する。

3. 医師国家試験出題基準(昭和60年版ガイドライン)について

昭和60年版ガイドラインは、索引が掲載されるなど、従来のそれに比較して、いちじるしく改善されていることを卒直に認める。しかし、なお改善の余地があると思われるので、今回の改訂版を資料として、今後ひきつづき定期的に改訂するよう配慮を望みたい。

なお、今回の改訂が、各医育機関の協力によって実施されたことを高く評価する。出題委員が、このガイドラインを十分に活用されることを期待したい。

以上の観点に立って、なお留意して頂きたい点を上げると、次のとおりである。

1) 国試として重要と思われる診断学総論についての問題作成はきわめてむずかしいが、一方その方向の問題が必要であることを考えると、何らかの適当な方策を考慮すべきである。又、そのさいには、幅の広い解答を考慮しておくことも必要であろう。

2) 各科間の調整が比較的良好に行なわれてはいるものの、なお不満が残る。

3) 各科の間に、指示の内容に精度の差があることは、出題者の問題作成にさいして選択の幅を生じさせることになる。

ガイドラインは好むと好まざるとにかかわらず、卒前医学教育に影響を与えるとすれば、最小限必要な知識は何かを、明瞭に、かつ記載も各科同じようにして頂きたい。それにより学ぶべき範囲を適切に絞ることができるようにならう。さらに国試が資格試験であるとすれば、ガイドラインに記されていることを理解していればよいのであって、教える側も、自由に最先端の知識を講義することができ、学生に夢を与えることが可能になるものと思われる。

4) 必須項目を再検討して、※印をもう少し絞るように考慮すべきである。

4. 合否判定基準について

国試の判定基準は、科学的に決定するのが理想であるが、これはまず不可能に近く、どこかで妥協しなければならない。

資格試験としての国試の評価には、二つの条件を必要とする。第1は、受験者の能力を適切、かつ正しく測定できる問題を作成することである。第2は、判定が厳正で、一定の合格基準を設定しなければならないことである。

1) 適切な問題の作成

医科大学における教育目標に到達しているか否かを判定できる問題を作成する必要がある。しかし、その教育目標が各大学のすべてにおいて設定されているとは言えないし、又、全国的に統一がとれてもいない。今後、各大学の自主的努力により、自らの教育目標を設定し、それを全国的レベルで、ある程度は一定水準に統一しておくことが必要と思われる。

一方、国試では、「医師として具有すべき知識および技能」について問うことになっており、しかもそれに基づいて最低限の知識を問う問題を作成することとされている。このさい、最低限の知識についての共通認識、合意の得られていないことが問題である。さらに又、最低限の知識を問う問題に限定するとすれば、合格基準は、かなり高い水準に設ける必要がある。いずれにしても、適切な問題作成のためには、どのようにしたらよいかを常に考慮する必要がある。

(1) 多肢選択問題の抱えている本質的な欠陥を考えること

(2) 問題作成委員の任期と負担について考慮すること

(3) 問題解決方式の問題を増加すること

(4) 出題科目について再検討すること

などが今後の検討課題として残されている。

2) 合格基準の設定

現行では、おおむね60%以上正解したものを合格と判定しているようであるが、これで果たして医師として具有すべき知識および技能を判定できるのか、どうかの問題である。医学教育的立場から、適切な合格基準をいかにすべきか、この方面の専門家の協力を得て慎重に討議すべきである。

国試の評価について、既設の改善委員会において引き続き検討されることを希望したい。

5. 正解および key-validation の内容の公表について

現在は、合否判定基準すら発表されていないが、これを公表するとともに、問題の正解はどれか、国試後の key-validation がどのように行なわれたかを公表するよう望みたい。それとともに、不合格者毎の成績について、大学宛に通知してもらえば、大学として何らかの対策を講ずることができるものと思われる。

なお、昭和49年以来、大学毎の合格率が公表されているが、このことが大学の格づけ、あるいは社会的評価に関係するという実態に対しては充分な配慮が望ましいと考える。一方、合格率のあまりにも低い大学は、それなりの分析と検討と反省が必要なのは言うまでもない。

さらに又、現在の多肢選択問題について、正解はただ

ひとつとされているが、臨床医学の領域にあっては、そのようなことは考えられないのが、むしろ普通であろう。つまり、one-bestではなく、second-bestに対する配慮がなされて当然であろう。なお、減点方式、つまり絶対正解でないことが明白なものを正解とした場合の減点を考慮することも考えてよいだろう。

6. 問題のプール制について

過去の国試における良い問題をプールすることに積極的に賛意を表したい。

プールを一日も早く大きくして、その中から、かなり高い頻度で出題されるようにすることが望ましいと考える。改善委員会提案の10%から、できれば30%乃至はそれ以上にまで拡大することを希望したい。なお、画像に関する問題のプールについては困難な点もあろうが、典型的なものだけに限れば不可能ではないであろう。

7. 国試の卒前教育に及ぼす影響について

国試が現在の卒前医学教育に大きな影響を及ぼしていることは否めない事実である。学生は講義に欠席して国試の準備に精力を用いる傾向があり、さらに臨床実習を充実した形で実施すればするほど国試の合格率が低下するとも言われる。

国試の卒前医学教育に及ぼす影響については、日本医学教育学会学部教育委員会による論文（医学教育、15：237～252、1984）に余すところなく論じられている。本委員会では、この論文を資料として協議したが、その内容について委員は賛意を表した。

なお、次の3点を指摘しておきたい。

1) 選定科目について

選定されなかった科目に及ぼす教育上の影響は無視できない。問題作成の委員は、選定科目の如何にかかわらず、全科の専門家によって編成されていることに一歩前進の姿がみられるが、あまり専門的に偏らないように十分に配慮しながら、全科的な内容の問題作成を心がけるべきである。つまり、選定科目について絶対必要な最低限の常識的問題を盛りこんだ内容のものを作成すべきであろう。

2) 身体的所見による診断（physical diagnosis）に関する問題作成について

身体的所見による診断を中心にした適切な問題を作成できれば、学生の臨床実習に対する意欲が高まり、臨床実習を有効に実施できるものと思われる。要するに、ベッドサイド実習を熱心に行う者ほど国試の合格率が高まるような問題の作成が望まれるのである。

8. いわゆる国試浪人対策

現在なお1,000名をこす、いわゆる国試浪人が存在することは憂慮に堪えない。昭和62年度の卒業予定者が

8,360名を数えることになると、今後ますます国試浪人が増加する可能性があるだろう。この国試浪人の対策を国も大学も真剣に考える必要がある。大学側としては、入学者の水準向上に向けて努力すべきことは言うまでもない。

なお、前述したように、国試不合格者の個人別・各科別の成績を大学宛でもよいから連絡して頂ければ、今後の対策に効果を発揮するものと思われる。

9. 専門機関の常設について

昨年度の答申にもあるように、独立して医学教育を扱う機関を常置して、国試のあり方、国試問題の評価について研究を常に行ない、絶えず改善へ向けて努力する必要がある。

10. おわりに

国試のあり方を常に考えることは、卒前医学教育および卒後医学研修のあるべき姿を論ずることにつながる。昭和58年5月医師国家試験制度改善委員会の意見にもあるとおり、国家試験実施に関する常設機関を設け、国家試験の位置づけ、国家試験のあり方をはじめ、国家試験そのものについて、絶えざる検討が行なわれることを切望したい。

2. 国家試験に関する委員会意見

昭和59年5月

当委員会は昭和58年10月5日、委員会を開催した。昭和58年5月、医師国家試験制度改善委員会が厚生大臣に答申した改善に関する意見、および、この度発足した1)問題作成プロセス改善、2)試験問題のプール制、さらに3)医師国家試験出題基準（ガイドライン）の改善の3つのワーキング・グループの動きを中心に討議し、あわせて医師国家試験をめぐる諸問題について討議し、次のような見解に達した。

1. 医師国家試験の位置づけ

医師国家試験制度改善委員会が答申した意見によれば、「医師国家試験は、卒前の医学教育の内容を踏まえ、卒後の臨床研修に移行できるか否かを判定するものである」とされている。妥当な見解であり、高く評価できる。

問題点は、国家試験問題作成委員が、この意見を尊重して問題を作成するかどうか、という点である。医師国家試験は、一般医としての臨床研修を指導医の下で開始してよいのか、どうかを判定する資格試験である。専門医であるかどうかを認定する選抜試験ではないことを十分に認識して問題を作成すべきである。

2. 問題作成のプロセス改善について

臨床科目の試験委員の発令、出題打ち合せ会の開催、

一次的に臨床各科の問題を作成し、その後を選択科目2科目を決定すること、プール問題選定委員会の編成、および試験問題の事後の評価など、いちじるしい努力の跡がみられる。賛意を表したい。

なお、問題の事後評価については、広く各医科大学の教育に携わる者に対して、問題についてのアンケート調査により適否を問うことも、ひとつの方法であろう。

3. 試験問題のプール制の導入

問題のプール制の導入は大きな進歩である。いかなる問題をプールするかの選定に当って、正解率がきわめて高いから不適当であるとか、難易度が「難」であるから適当な問題であると判定しないよう、格段の配慮を望みたい。

要は、プールした問題が「医療に一步踏み出すに足る基本的知識および技能」についての設問であるよう配慮されたい。

なお、プールされた問題の中から再提出されるものは320題のうち10%、すなわち32題内外とされている。できる限り近い将来、この率を漸次増加させるように取り計らって頂きたい。将来は50%程度を目標にすることが望ましいと考える。

なお、プールされた問題がすべて公表されることになれば、医師国家試験の改善は実のあるものとなり、ひいては医学教育そのものも大いに改善されるものと期待できる。

4. 医師国家試験出題基準（いわゆるガイドライン）の改善

現在すすめられているワーキング・グループの努力を高く評価したい。このグループに期待したい点は、次のようなものである。

1) ガイドラインは、専門各科のためのものではない。医師国家試験問題作成のためのものであることを確認して頂きたい。とくに選定7科目のガイドラインについて、この点を強調しておきたい。

2) 昭和60年度から医師国家試験が1年1回のみ実施されることになれば、選定7科目が医師国家試験に採用される機会は、従来より減少することになる。このことが卒前医学教育に影響するところはきわめて大きい。

将来は選定7科目から2科目を選定する制度を廃止し、選定7科目については、プライマリー・ケア、および重要な疾患のみに限定して、必須5科目の問題の中に組み入れ、常時出題するようにすべきことを提案したい。その選定7科目のガイドラインはこの線に沿って作

成されるよう望みたい。

5. その他

1) 試験問題について

(1) 基本的知識および技能についての問題を作成するというが、この場合の「基本的」ということについての統一的な見解が得られていない。ここに大きな問題がある。何が基本的かを、専門機関で検討する必要がある。ここで基本的問題について本委員会でも論議した結論を述べれば、次のとおりである。

(1) 頻度の高い疾患あるいは病態、および、(2) 救急事態への対処についての知識と技能、さらに (3) 選定7科目については、プライマリー・ケアができるか、どうかに限定することを条件として、問題を作成したらいかがかと考える。

(2) さらに解答に要する時間は、従来一般問題80秒、臨床実地問題180秒とされているが、この時間を若干延長するように配慮されたい。現在の医学教育では思考の速度を重要視していないからである。勿論、瞬間的に判断を下すべき救急療法については論外である。分、秒を争う国家試験の解答方式は、現在の医学教育とは異なるものが含まれているように思われる。

2) 可否判定について

(1) 将来、医師国家試験の問題についての正解を発表するよう配慮できないだろうか。

(2) あるひとつの解答肢のみを正解とすることは、日常診療ではあり得ないことである。

従って、他を一率に誤りとすることは妥当性を欠く。選択肢に重みづけを考える。すなわち、段階的評価の導入を試みるべきではなからうか。

(3) 可否発表の時期を現行よりも早くするよう努力を望みたい。

(4) 正解発表がどうしても不可能であれば、不合格者について、不合格の具体的内容を大学宛に知らせるようにして頂きたい。

(5) 可否判定基準の再検討を望むとともに、その成案を発表して頂きたい。

3) 専門機関の常設

医師国家試験は、直接的にせよ間接的にせよ、医学教育に影響するところ多大なものがある。今後も、絶えず医師国家試験のあり方、試験問題および評価についての研究を継続し、常に改善を図る必要がある。このために、独自の専門機関を常設するよう提案したい。

(東京慈恵会医科大学 阿部正和)